



## DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

### Renseignements et directives

Nous allons vous donner accès à votre dossier médical, à moins qu'une exception légale s'applique. Nous allons revoir toutes les demandes d'accès au dossier médical, et déployer tous nos efforts pour répondre à votre demande aussi vite que possible. Nous avons 30 jours afin de répondre à votre demande. SVP, complétez les parties A et B de ce formulaire. Pour des informations au sujet de la protection des renseignements personnels, contactez Sylvie Camiré au 705-372-2958. Nous vous contacterons pour de plus amples renseignements au besoin et/ou lorsque nous aurons traité votre demande.

### PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA PATIENT(E)

Nom de famille

Prénom

Initiales

Adresse postale

No de téléphone

Date de naissance

Si vous êtes le mandataire spécial (MS), informations pour vous contacter:

Nom de famille

Prénom

Initials

Adresse postale

No de téléphone

**Note: Inclure des copies des documents qui prouvent votre autorité en tant que mandataire spécial.**

### PARTIE B : DEMANDE D'ACCÈS

1. SVP, décrivez les documents requis et incluez les détails qui nous aideraient à localiser le dossier (c.-à-d., dates, nom du fournisseur de soins de santé, raison spécifique – i.e. visite à l'urgence, laboratoire, rayon X, etc.).

Document(s) Requis:

Date de Visite(s):

#### 2. Comment préférez-vous accéder à ces renseignements avec les frais établis? SVP, cochez:

- Recevoir des copies des originaux - 30 \$ pour 15 minutes (inclus 20 copies); ensuite 25 ¢ la copie
- Visualisation diagnostique - 30 \$ frais initial + 10 \$ par disque compact
- Examiner les originaux sur place - 30 \$ pour 15 minutes (inclus 20 copies)
- Attestation de dates, naissance, etc. - 30 \$ pour attestation/confirmation
- Faire acheminer à un médecin/hôpital (aucun frais) : \_\_\_\_\_

Signature (patient/MS)

Nom (imprimé)

Date

Signature (témoin)

Nom (imprimé)

Date

### RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'HÔPITAL SEULEMENT

Frais :

No. de dossier :